

La psychothérapie interpersonnelle (PTI) pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Post Traumatic Stress Disorder

La psicoterapia interpersonal (PTI) en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TSPT)

A psicoterapia interpeçoal (TIP) para o tratamento do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)

Michael Robertson

Volume 33, numéro 2, automne 2008

La psychothérapie interpersonnelle

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/019672ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/019672ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Robertson, M. (2008). La psychothérapie interpersonnelle (PTI) pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT). *Santé mentale au Québec*, 33(2), 133–150. <https://doi.org/10.7202/019672ar>

Résumé de l'article

Parmi les nombreuses modifications apportées à la psychothérapie interpersonnelle (PTI) et à toutes ses applications, c'est son utilisation dans le traitement du traumatisme psychologique qui s'avère le plus complexe. La littérature anglo-américaine définit habituellement le traumatisme psychologique comme étant le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Malgré l'attention portée au TSPT par la littérature scientifique, le traumatisme psychologique engendre des perturbations profondes de l'humeur, de la régulation de l'affect, du concept de soi et de l'ajustement interpersonnel, ainsi qu'une profonde crise existentielle dans la vie des personnes qui en sont affligées. Aucune thérapie psychologique ne peut donc prétendre « traiter » tous les aspects d'un stress psychologique traumatique. En étant axée sur l'individu et sur l'expérience de son monde interpersonnel, la PTI offre un cadre assez large pour une intervention psychologique qui, bien que destinée à soulager la détresse, aborde des questions qui ne le sont habituellement pas dans d'autres traitements axés sur les symptômes. Dans cet article, l'auteur tente de mettre en évidence les arguments en faveur du recours à la PTI pour le traitement de traumatismes psychologiques et de TSPT, puis il présentera quelques exemples de son utilité dans un environnement clinique.



La psychothérapie interpersonnelle (PTI) pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Michael Robertson*

Parmi les nombreuses modifications apportées à la psychothérapie interpersonnelle (PTI) et à toutes ses applications, c'est son utilisation dans le traitement du traumatisme psychologique qui s'avère le plus complexe. La littérature anglo-américaine définit habituellement le traumatisme psychologique comme étant le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Malgré l'attention portée au TSPT par la littérature scientifique, le traumatisme psychologique engendre des perturbations profondes de l'humeur, de la régulation de l'affect, du concept de soi et de l'ajustement interpersonnel, ainsi qu'une profonde crise existentielle dans la vie des personnes qui en sont affligées. Aucune thérapie psychologique ne peut donc prétendre « traiter » tous les aspects d'un stress psychologique traumatique. En étant axée sur l'individu et sur l'expérience de son monde interpersonnel, la PTI offre un cadre assez large pour une intervention psychologique qui, bien que destinée à soulager la détresse, aborde des questions qui ne le sont habituellement pas dans d'autres traitements axés sur les symptômes. Dans cet article, l'auteur tente de mettre en évidence les arguments en faveur du recours à la PTI pour le traitement de traumatismes psychologiques et de TSPT, puis il présentera quelques exemples de son utilité dans un environnement clinique.

Santé mentale post-traumatique

Les effets psychologiques et physiologiques d'un stress traumatique ne sont ni uniformes, ni inévitables. De complexes facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (à la fois antérieurs et subséquents à l'événement traumatique) modulent les séquelles de l'événement. Un élément qui ressort de la littérature scientifique dans le domaine du traumatisme psychologique est l'hétérogénéité des psychopathologies qui se manifestent par suite d'un traumatisme psychologique, ce qui implique que le TSPT n'est pas nécessairement l'aboutissement fatal au plan de la santé mentale post-traumatique. De 15 % à 24 % des personnes exposées à des événements traumatiques développeront un TSPT (Breslau et al., 1991). Les troubles les plus communs par suite de

* MBBS (avec distinction), Fellow of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (FRANZCP), maître de conférences clinicien, domaine de la psychologie médicale, Université de Sydney; directeur — psychiatrie, hôpital Royal Prince Alfred, Camperdown NSW 2050, Australie.

l'exposition à un stress traumatique sont la dépression majeure, suivie de l'anxiété phobique (la phobie du voyage) et du trouble d'anxiété généralisée (Mayou et al., 2001). Dans plusieurs cas, les troubles ont tendance à se présenter de façon concomitante chez les individus vulnérables. On a aussi défendu la notion de stress traumatique complexe (Herman, 1992). Dans de telles circonstances, les individus qui ont vécu des expériences de stress traumatique tôt dans la vie sont sensibilisés aux facteurs de stress traumatique subséquents, et ils développent des syndromes cliniques qui se caractérisent par des symptômes de dissociation, ou des symptômes affectifs ou somatiques, plutôt que des symptômes qui correspondent à l'image classique du TSPT. Ces personnes se voient souvent apposer l'étiquette du « trouble de la personnalité limite » et suscitent des réactions plutôt négatives dans le système de santé (Lewis et Appleby, 1988) ; on les traite fréquemment à l'aide d'approches pharmacologiques, plutôt que psychologiques (Akiskal, 2004).

Psychothérapie pour le TSPT

Aperçu

Il y a de plus en plus d'écrits qui traitent des soi-disant « données probantes » sur lesquelles s'appuieraient les traitements du TSPT. Les antidépresseurs, surtout la catégorie des inhibiteurs de recapture de la sérotonine, aident certes à réduire les symptômes essentiels du TSPT, et on les reconnaît comme faisant partie des traitements les plus répandus pour ce trouble (Stein et al., 2006).

On dispose actuellement de deux méta-analyses et d'un certain nombre d'études empiriques qui se penchent sur l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement du TSPT. Van Etten et Taylor (1998) ont analysé 61 essais cliniques, y compris la pharmacothérapie et des psychothérapies, entre autres des formules telles que la thérapie d'exposition et la psychothérapie dynamique. En gros, cette analyse a démontré que la thérapie d'exposition est plus efficace que tout autre type de traitement du TSPT. La valeur de l'effet des interventions de psychothérapie était de 1,17, comparativement à la médication, dont la valeur était de 0,69. Un second examen (Solomon et Johnson, 2002) a démontré que les bénéfices du traitement du TSPT et des symptômes psychiatriques étaient significatifs ($d = 0,52$, $r = 0,25$), lorsque mesurés immédiatement après l'administration des traitements et lors du suivi ($d = 0,64$, $r = 0,31$). Dans la même veine, de récentes recensions d'études sur les traitements appuient la combinaison de divers traitements, y compris les techniques psycho-éducatives, cognitives et

behavioristes et des interventions complémentaires pour les troubles concomitants de l'humeur, de toxicomanie et d'anxiété (Andrews et Hunt, 1998 ; Basco et al., 2000 ; Solomon et Johnson, 2002).

Malgré l'envergure des données probantes qui appuient le recours à la psychothérapie comme traitement du TSPT, les chefs de file dans ce domaine ont soutenu qu'« à ce jour, il n'y a pas de programme de traitement par excellence du TSPT, et aucune approche thérapeutique particulière n'a encore reçu l'approbation universelle des cliniciens » (McFarlane et Yehuda, 2000). De plus, il semble y avoir consensus général chez les cliniciens et les chercheurs à l'effet que les modalités de traitement individuel ne sont pas vraiment utiles pour aborder l'éventail complet des problèmes cliniques, tels que les difficultés interpersonnelles fréquemment observées chez les individus traumatisés (McFarlane et Yehuda, 2000 ; Shalev et al., 1996).

Les conceptualisations modernes des conséquences psychologiques du stress traumatique ont mis l'accent sur des « phases » de réaction aux événements traumatiques. La théorie la mieux connue a été décrite par Horowitz (1976) dans son livre *Stress Response Syndromes*. Quelques années plus tard, Judith Herman en est venue à la conclusion que le traitement devrait se faire en plusieurs phases, parallèles au cheminement de la psyché face au traumatisme (Herman, 1992). Herman préconise la création d'un environnement de « sécurité » qui permet une période de « souvenir et de chagrin » et, en dernier lieu, un processus de « reconnexion ». La dernière de ces phases fait ressortir la nécessité d'apporter un axe interpersonnel au traitement. De manière analogue, van der Kolk et d'autres chercheurs préconisent un « programme de traitement par phases » pour le TSPT, en s'appuyant sur les premiers travaux de Herman (van der Kolk et al., 1989). Cette approche par phases circonscrit des phases de stabilisation, de reconstruction des schémas cognitifs perturbés par les traumatismes, de reconnexion et d'amélioration de l'efficacité interpersonnelle.

Psychothérapie interpersonnelle pour le TSPT

Aperçu

C'est en intégrant cette « approche par phases » que la PTI a été adaptée pour le traitement du TSPT (Klerman et al., 1984 ; Stuart et Robertson, 2003 ;) Bleiberg et Markowitz, 2005 ; Krupnick, 2001 ; Robertson et al., 2007 ; Robertson et al., 2004). Robertson et d'autres chercheurs ont décrit une adaptation de la PTI de groupe pour traiter les TSPT chroniques, dans l'espoir de fournir une intervention psychothérapeutique qui aborde le contexte interpersonnel du TSPT. D'autres

se sont servi de la PTI comme seule psychothérapie pour traiter le TSPT aigu au lieu d'autres thérapies (Bleiberg et Markowitz, 2005).

En bref, la PTI est une psychothérapie « focale » structurée qui aborde les aspects interpersonnels de la détresse psychologique ou des épisodes de trouble psychiatrique. On a récemment décrit l'état actuel (Stuart, 2006) et prévu (Stuart et al., 2006) de la PTI. La PTI classe les problèmes interpersonnels complexes en quatre domaines problématiques distincts — les conflits interpersonnels, les transitions de rôle difficiles, le deuil pathologique et la perte, ainsi que la sensibilité interpersonnelle. On a réussi à adapter la PTI à plusieurs environnements cliniques (Markowitz, 2006).

Psychothérapie de groupe et TSPT

La psychothérapie de groupe est un apport valable à la gestion du TSPT. La psychothérapie de groupe convient bien pour aborder l'incidence du TSPT sur les relations de l'individu aux autres, car cette formule fournit des occasions de soutien social, de réintégration sociale et d'apprentissage interpersonnel (Allen et Bloom, 1994). La psychothérapie de groupe a donc été reconnue comme intervention valable pour le traitement du TSPT chez des populations telles que les vétérans du Vietnam et les personnes qui ont subi des agressions durant l'enfance (Bourne, 1972 ; Egendorf, 1975 ; Herman, 1992 ; Horowitz et Solomon, 1975 ; Kollar et al., 1992 ; Scurfield, 1985). Pour le thérapeute qui travaille en groupe auprès de survivants de traumatisme, le défi consiste à créer une « matrice de guérison » où les patients peuvent prendre le risque de se dévoiler, afin de restaurer un sens de valeur personnelle, tout en se sentant en sécurité et liés aux autres. La psychothérapie de groupe constitue une bonne façon de fournir cette « matrice de guérison » (Klein et Schermer, 2000).

La prestation de la PTI en groupe (PTI-G) a été bien décrite. Des adaptations originales de la PTI-G pour le traitement de la dépression ont mis en lumière l'utilité de ce format (MacKenzie et Grabovac, 2001). L'adaptation originale de la PTI à un format de groupe pour le traitement de troubles de boulimie (MacKenzie et Grabovac, 2001 ; Wilfley et al., 1988 ; Wilfley et al., 2000) réalisée par Wilfley et ses collègues a fourni une structure à la PTI-G. Ce mode de PTI offre aux patients l'occasion de vivre des interactions interpersonnelles avec plusieurs autres individus différents au sein de la matrice du cadre thérapeutique créé par le thérapeute.

Arguments en faveur du recours à la PTI pour traiter le TSPT

Ayant circonscrit la nécessité d'une thérapie psychologique qui aborde les questions interpersonnelles du TSPT, décrit l'opportunité de la psychothérapie de groupe en général, et, étant moi-même utilisateur de la PTI, je présenterai une explication précise de l'utilité des quatre domaines problématiques en matière de PTI. La structure de la PTI-G appliquée au TSPT a été décrite en détail dans d'autres écrits (Robertson et al., 2004). Les quatre domaines problématiques de la PTI se prêtent bien aux questions propres au TSPT. On présente ci-dessous chaque domaine problématique en lien avec les questions et les symptômes du TSPT qui leur sont particulièrement associés.

Conflits interpersonnels dans le TSPT

Les conflits interpersonnels peuvent exacerber le cours du TSPT, ou surgir comme conséquence des effets de la maladie, surtout les symptômes d'hypervigilance et d'évitement. Le TSPT a des effets dommageables sur la conscience de soi, l'intimité, la sexualité et la communication interpersonnelle, tous éléments clés du maintien de saines relations interpersonnelles et de l'évitement des conflits (McFarlane et Bookless, 2001). Une étude récente a souligné la possibilité que des dynamiques familiales perturbées aient une incidence sur la santé mentale des enfants des vétérans de la guerre du Vietnam souffrant de TSPT (Davidson et Mellor, 2001).

Transitions de rôle difficiles dans le TSPT

Les transitions de rôle difficiles constituent peut-être le domaine problématique du TSPT le plus diversifié. Le TSPT peut infléchir « les stades de la vie familiale », y compris la période des fréquentations, la sélection du partenaire et le mariage, la naissance et la croissance des enfants, ainsi que la retraite en fin de vie (Scaturro et Hayman, 1992). Ces différentes tâches du développement et les changements qui leur sont associés dans la famille et dans le fonctionnement du couple sont souvent perturbés par des réactions inadéquates de la part de la personne qui souffre de TSPT, par exemple l'évitement ou l'intensification des symptômes. Une étude (Macleod, 1994) a constaté la réémergence, après la retraite, de symptômes dormants du TSPT chez des vétérans de la Seconde Guerre mondiale. Une autre étude a souligné que le fait d'être parent pouvait être un facteur précipitant du TSPT chez des femmes salvadoriennes ayant été exposées à des stress en temps de guerre (Michultka et al., 1998).

La nature omniprésente des « transitions de rôle » dans la PTI aide à son application immédiate comme concept individuel significatif pour chacun des différents patients. Dans ma propre expérience clinique, j'ai constaté que, dans le cas où un membre du groupe a récemment développé un TSPT, l'ajustement à un processus de maladie mentale potentiellement chronique et à son traitement peuvent remettre en cause son concept de soi dans « son ancien rôle (pré-traumatisme) » et exiger de modifier ses attentes vis-à-vis soi-même et face à l'avenir dans son nouveau « nouveau rôle (post-traumatisme) ». L'acquisition du rôle de malade peut demander chez certains patients une transition de rôle, surtout quand le contrôle des symptômes indique que le retour au travail ou à un niveau antérieur de fonctionnement social peut s'avérer irréaliste. Ce concept semble particulièrement pertinent dans le cas de membres du personnel des services essentiels qui doivent quitter leur milieu de travail originel à cause de l'incidence du TSPT. Ces individus éprouvent souvent des difficultés lorsqu'ils tentent de s'ajuster à de nouvelles conditions de vie.

Une des tâches les plus difficiles auxquelles doit faire face le survivant d'un traumatisme est l'ajustement aux états psychologiques intérieurs qui font suite au traumatisme. Ce processus a été formulé par Janoff-Bulman (1992), qui l'a décrit comme processus d'ajustement aux « hypothèses anéanties » que la personne éprouve face au monde (Janoff-Bulman, 1992). Avant un événement traumatique, le monde est prévisible et sûr, et l'individu a confiance en sa capacité de voir à la réalisation de son projet de vie. Dans la foulée d'un traumatisme psychologique, ces hypothèses s'« effondrent » et l'individu se retrouve face à un monde intérieur et extérieur qui est imprévisible et fragmenté. On peut appréhender ce concept très existentiel en faisant appel au domaine problématique de la « transition de rôle difficile », qui circonscrit un rôle pré-traumatisme et un rôle post-traumatisme. La perte d'un univers prévisible et sûr et l'adaptation à un nouveau rôle au sein d'un univers post-traumatisme différent convient bien au cadre thérapeutique de la transition de rôle difficile.

Deuil pathologique et perte dans le TSPT

Le traumatisme est fréquemment associé au deuil, et le deuil traumatique crée souvent une situation de « deuil pathologique ». Le deuil, surtout s'il est soudain et inattendu, par causes naturelles ou non, est associé au TSPT dans 9 % à 36 % des cas (Zisook et Shuchter, 1998). Un deuil qui survient par suite d'un événement traumatique peut en lui-même constituer un facteur de stress traumatique qui précipitera ou

exacerbera les symptômes du TSPT. Quand les symptômes du TSPT ont été compliqués par ce que l'on appelle « la culpabilité du survivant », les techniques dont se sert la PTI pour aborder le deuil et la perte aident les personnes atteintes à s'identifier aux aspects concrets de la perte, en clarifiant, par exemple les moyens par lesquels leur besoin d'attachement peut être comblé par d'autres personnes de leur réseau de soutien social encore existant. Cette approche cherche à éviter une discussion en profondeur de la signification existentielle de la survie et de la perte de l'individu, et vise plutôt à aider le patient à trouver comment ses besoins d'attachement pourront être comblés à l'avenir. Dans le cas où les interactions sont problématiques entre le patient et les parents d'un individu décédé dans l'événement traumatique, il serait peut-être plus approprié de les traiter sous l'angle du domaine problématique des conflits interpersonnels.

Sensibilité interpersonnelle

Il a été clairement établi que les survivants de traumatisme, particulièrement les vétérans de guerre, éprouvent des problèmes à long terme dans leurs capacités de relation interpersonnelle. Le TSPT a des effets nuisibles sur les styles d'attachement de l'individu, en ce que les mécanismes d'adaptation « pré-traumatiques » peuvent être altérés par l'expérience traumatique, et mener à des difficultés dans l'attachement et le fonctionnement interpersonnel courants de l'individu (McFarlane et Bookless, 2001). On a décrit la « sensibilité interpersonnelle » comme étant une vulnérabilité individuelle de longue date, qui découle de processus fondamentaux tels que les troubles de l'attachement ou le fonctionnement perturbé de la personnalité, et qui entraîne des difficultés récurrentes pour ses besoins d'attachement comblés par des interactions interpersonnelles (Stuart et Robertson, 2003). Dans notre approche, nous conceptualisons les perturbations propres au fonctionnement interpersonnel qui découlent de symptômes du TSPT comme constituant la « sensibilité interpersonnelle ». En recadrant spécifiquement les effets interpersonnels liés aux symptômes du TSPT comme constituant la « sensibilité interpersonnelle », nous mettons l'accent sur le fait que le fonctionnement interpersonnel perturbé associé aux symptômes de la maladie a autant de signification clinique que les symptômes envahissants ou les comportements d'évitement. Le recadrage aide aussi les patients à percevoir que leurs vulnérabilités interpersonnelles font partie d'un processus de maladie, et ne constituent pas une faiblesse ou une déficience personnelle qui leur est propre. Ceci aide ensuite à « camper le décor » de l'intervention clinique dans ce domaine de la PTI.

Dans l'approche élaborée par Robertson et al. (2004), on présume que le problème de la « sensibilité interpersonnelle » s'applique à tous les patients atteints d'un TSPT et on en discute au départ dans les questions sur les antécédents avec chaque membre du groupe (Robertson et al., 2004). Ce domaine problématique est souvent abordé plus précisément après qu'un groupe a acquis une cohésion et qu'une relation thérapeutique plus stable s'est développée. Comme nous le soulignerons plus loin, le recadrage des interactions de groupe qui sont problématiques comme étant de la « sensibilité interpersonnelle » est aussi très utile pour aider le processus de groupe.

Les interventions thérapeutiques pour aborder la « sensibilité interpersonnelle » en PTI-G pour le traitement du TSPT mettent l'accent sur l'incidence des symptômes du TSPT sur le fonctionnement interpersonnel et tentent de les définir comme étant des processus qui font tout autant partie du trouble que les « flashbacks » ou les cauchemars. Le thérapeute présente les interactions problématiques au sein du groupe comme étant des manifestations de la « sensibilité interpersonnelle », plutôt que des déficits des membres du groupe. En mettant en relief ces interactions et en les recadrant comme de la « sensibilité interpersonnelle », le thérapeute aide les membres du groupe à reconnaître ces déficiences comme faisant partie du trouble, à repérer des processus similaires dans leurs relations à l'extérieur du groupe, et les aide à élaborer des stratégies pour réduire les effets négatifs de ces processus sur leurs relations.

Recension des données probantes des recherches

À ce jour, deux études ont évalué l'efficacité de la PTI par rapport au TSPT. Les deux études sont à petite échelle, de sorte que l'on ne peut trop généraliser les données. Bleiberg et Markowitz (2005) ont dispensé quatorze séances hebdomadaires de PTI à quatorze sujets souffrant de TSPT. Le TSPT avait été déclenché par un éventail de facteurs traumatiques, incluant des traumatismes dans l'enfance et les attaques du 11 septembre. À la fin du traitement, douze des quatorze participants ne correspondaient plus aux critères du diagnostic de TSPT (Bleiberg et Markowitz, 2005).

Robertson et ses collaborateurs (2007) ont appliqué la PTI de groupe à treize personnes souffrant de TSPT chronique. Leurs résultats quantitatifs n'indiquaient aucun changement significatif de la gravité des symptômes de TSPT, mais révélaient des gains substantiels pour le fonctionnement social, le sentiment de bien-être général et les symptômes de l'humeur. Leur analyse qualitative des entrevues des

participants à la fin du programme indiquait une thématique de connexion interpersonnelle et d'efficacité interpersonnelle accrue ayant émergé au cours de la PTI.

Pour résumer, il semble que la PTI soit facilement adaptable, tant dans un format individuel qu'en groupe, pour traiter le TSPT. Les quelques données dont nous disposons portent à croire que la PTI pourrait être utile dans le traitement de TSPT aigus, et aussi comme mode de traitement séquentiel de formes plus chroniques du trouble. Les expériences, tant cliniques qu'académiques, portent à croire que les formes plus chroniques du TSPT sont habituellement concomitantes à d'autres troubles tels que la dépression, les troubles d'anxiété et la toxicomanie. De plus, le cours longitudinal de la maladie indique qu'il faut différentes interventions à différents moments du traitement.

Exemples de cas

Afin de démontrer comment la PTI peut être utile en pratique clinique, on présente deux cas où la PTI a été dispensée dans le cadre d'une approche clinique globale du traitement du TSPT.

Vignette n° 1 — James

James est un homme de 55 ans qui avait travaillé comme policier pendant 33 ans. Il avait vécu plusieurs situations comportant des menaces à sa propre vie, y compris de nombreux états de siège. Il y a deux ans, on lui a diagnostiqué un TSPT après plusieurs années d'alcoolisme périodique et de symptômes d'irritabilité et d'agressivité en croissance. On l'a déclaré inapte au travail dix mois auparavant, après des allégations d'agression contre deux contrevenants et contre sa conjointe. Depuis qu'il avait cessé de travailler, ses symptômes de TSPT s'étaient aggravés, et sa consommation d'alcool moyenne était de huit consommations standard par jour.

Après avoir été traité par un psychiatre au cours des neuf mois précédents, James a été recommandé pour une intervention psychologique. L'examen de son traitement à ce jour a révélé qu'il avait reçu des traitements de pharmacothérapie et de psychothérapie de soutien par son psychiatre. Il avait aussi suivi deux sessions de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec un psychologue, la première session de dix séances s'étant déroulée il y a environ deux ans et, la seconde, il y a un an. Il se rappelait relativement bien des stratégies de TCC, notamment la respiration lente, la relaxation appliquée et la conscience de l'ici-maintenant. En communiquant avec ses psychologues traitants, on a aussi appris qu'il avait reçu de la thérapie cognitivo-comportementale

de manière routinière et suivi des séances de désensibilisation des mouvements oculaires (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, EMDR), ce qui avait entraîné un soulagement léger ou modéré des symptômes. Une consultation avec son employeur a indiqué que le service de police se préparait à précipiter sa retraite pour des raisons médicales. Cette décision attristait James, mais il reconnut que ses symptômes pourraient s'aggraver s'il retournait à ses fonctions de policier.

James suivit une intervention individuelle de PTI pour le traitement de son TSPT chronique. Ceci supposait de recadrer ses réactions face aux autres dans le domaine de la « sensibilité interpersonnelle » et, sa retraite possible du service de police, comme transition de rôle. Il a profité du renforcement de l'affect et déclara « que personne ne m'a demandé comment je me sentais par rapport à quitter le service de police, surtout pour ce qui est de ma tristesse et de ma peur ; j'avais parlé de ma colère, mais ils ont semblé plus intéressés de savoir pourquoi j'étais en colère que de me laisser en parler pour m'en libérer ». Une partie importante de la transition était de le préparer à sa vie et à une nouvelle identité, autre que celle de policier. James et le thérapeute ont passé plusieurs séances à examiner la perspective de sa vie à l'extérieur du corps policier. Ils parlèrent, entre autres de son anxiété relative aux difficultés anticipées d'une intégration à un rôle post-travail. James avait dit à son thérapeute : « Je ne veux pas rester à rien faire et me mettre à boire comme tous les autres policiers qui ont été mis à l'écart ». Le thérapeute lui proposa d'étudier différentes manières dont il pourrait peut-être consacrer son temps à fournir un apport à la communauté. Il envisagea la possibilité de devenir entraîneur d'une équipe junior de rugby dans une compétition locale, et de se joindre à un club Rotary.

On a aussi abordé l'irritabilité de James face à son épouse et à ses amis par le biais du domaine problématique de la « sensibilité interpersonnelle ». Ceci s'est avéré un complément utile aux stratégies de réduction de l'hypervigilance qu'on lui avait déjà apprises. Il fut en mesure de reconnaître les déclencheurs interpersonnels de son irritabilité et d'apprendre de nouvelles façons de communiquer avec les gens, autrement que par le recours à l'attitude autoritaire ou à un ton ferme. Pour James, une intervention qui fut particulièrement utile a été de l'amener à envisager toute tension interpersonnelle de la même manière qu'il abordait tout stimulus lui rappelant un stress traumatique antérieur. Il fut en mesure de se servir de l'approche de reconnaissance de son niveau de détresse à l'aide de l'échelle de mesure SUDS (*Subjective Units of Distress Score*). Quand le score de James à l'échelle

SUDS dépassait 6 dans une relation interpersonnelle ou un environnement social, il s'en désengageait et faisait appel à des stratégies de réduction de l'excitation, afin de réduire le niveau de tension qu'il ressentait.

Vignette n° 2 — Fatima

Âgée de 53 ans, Fatima était arrivée en Australie comme réfugiée en provenance de l'Iran. Elle avait été exposée à plusieurs facteurs psychologiques traumatiques, dont avoir été témoin de l'exécution de son mari. Son fils avait été tué pendant la guerre Iran-Irak à la fin des années 1980. Elle avait vécu dans la peur de la persécution politique et fui vers l'Australie en passant par la Turquie.

Son médecin de famille l'a référée en counseling. Fatima s'était plainte d'insomnie, d'irritabilité et d'incapacité de faire face aux difficultés. Elle vivait dans un refuge et était incapable d'avoir des rapports avec les autres autour d'elle. Son médecin lui avait prescrit de la sertraline pour traiter ce qu'il croyait être une dépression. Lorsqu'elle fut évaluée par un psychologue, Fatima décrit certains symptômes de dissociation, y compris la perte de mémoire et des sentiments de torpeur émotionnelle. Elle admit avoir des cauchemars et des flashbacks se rapportant à l'assassinat de son mari.

Fatima avait insisté qu'elle ne « voulait pas s'exprimer et parler de mauvaises choses », mais qu'elle voulait « se sentir mieux ».

La psychologue décida que, pour ses problèmes, la meilleure approche au traitement serait une série de modes d'intervention. La psychologue consacra plusieurs séances à enseigner des stratégies de réduction de l'excitation et à renseigner Fatima au sujet des conséquences d'un traumatisme psychologique. Au bout de deux mois, Fatima rapporta certains bénéfices au plan des symptômes, découlant à la fois des techniques de réduction de l'excitation et de la médication.

Fatima a indiqué à sa thérapeute que, même si elle se sentait moins en détresse, elle continuait de se sentir incapable de composer avec sa vie en Australie. La thérapeute recommanda quelques séances de PTI comme méthode structurée d'aborder ce problème. Dans l'inventaire interpersonnel, Fatima signala que le décès de son fils et celui de son mari se rapportaient au domaine du « deuil », mais qu'elle sentait que ces pertes s'étaient produites il y a bien longtemps et qu'elle ne voulait aucunement parler des expériences passées en Iran. Fatima choisit les domaines de transition de rôle et de la sensibilité interpersonnelle comme étant les domaines problématiques les plus significatifs pour elle.

La thérapeute incita Fatima à réfléchir à la perte de son ancien rôle en Iran. Fatima rejeta cette idée qu'elle considérait comme source de sa détresse, disant « il ne s'agit pas de mon pays – le gouvernement nous a volé notre pays ». Elle indiqua à la thérapeute que « sa vie en Iran était morte avec son mari ». Fatima et la thérapeute mirent l'accent sur les défis de son nouveau rôle en Australie. La thérapeute s'informa d'abord au sujet du niveau de ses contacts sociaux, particulièrement consciente de l'isolement qu'elle avait décrite. Ils parlèrent de stratégies pour repérer différentes activités communautaires liées à des organismes religieux et culturels perses. Fatima envisageait cela comme pouvant l'aider, mais était inquiète « qu'elle ne se rendrait nulle part dans ce pays si je ne parle que le persan avec d'autres Perses ». Bien que Fatima parle bien l'anglais, elle estimait avoir besoin d'améliorer son anglais pour accroître ses chances de trouver du travail. Elle et la thérapeute ont parlé de moyens d'assister à des cours d'anglais et d'en pratiquer l'écriture et la conversation.

À mesure que Fatima maîtrisait mieux son nouveau rôle, elle déclara se sentir moins angoissée par rapport à sa vie. Elle avait établi plusieurs contacts au sein de la communauté perse et avait trouvé du travail à temps partiel. Elle refusa de se rendre à d'autres rendez-vous avec sa conseillère, affirmant qu'elle était trop occupée à travailler.

Discussion

Les deux cas mettent en lumière différents aspects de l'apport possible de la PTI pour traiter les syndromes de stress traumatique. Dans les deux cas, les patients ont éprouvé une série de facteurs de stress et semblaient souffrir de psychopathologie chronique. Les deux patients faisaient face à des changements importants dans leur vie après le traumatisme, et ils vivaient une grande détresse face à ces défis. Dans le premier cas, le patient disposait d'un réseau de soutien social, ainsi que d'une famille qui avait été une source de détresse pour lui à cause de ses conflits avec elle. Bien que cette question ait été abordée par le biais du domaine problématique de la « sensibilité interpersonnelle », elle aurait pu être aussi considérée comment étant du domaine des « conflits interpersonnels ». Le patient avait clairement l'impression que toutes ses relations étaient touchées par les symptômes de sa maladie et une approche générale a été significative dans son cas. Si le problème avait été plus saillant dans une seule de ses relations, par exemple son mariage, le modèle des conflits interpersonnels aurait peut-être mieux convenu.

La deuxième patiente ne disposait pas de soutien social et n'avait, de manière très manifeste, aucun désir de placer les événements

traumatiques au cœur de l'intervention thérapeutique. À son point de vue, il aurait été totalement sans validité de tenter de reconfigurer son expérience passée. La « mort » de son pays était un filon possible vers son besoin de pleurer la perte de la vie qu'elle avait vécue en Iran, mais la résilience de la patiente face à son expérience se manifestait dans sa détermination de réussir sa nouvelle vie. Alors que le premier patient éprouvait du chagrin face à la perte de son ancien rôle, la seconde patiente avait accueilli la coupure avec son ancienne vie comme une libération. Ceci peut avoir l'air d'une utilisation malsaine de mécanismes de défense, de déni ou de répression, mais la patiente était déterminée à mettre l'accent sur sa nouvelle vie. Ainsi, la flexibilité du domaine de la « transition de rôle difficile » a permis au thérapeute de mettre en relief pour la patiente la perte de l'ancien rôle et de rendre concrets les défis abstraits du nouveau rôle. Le paradoxe de la patiente qui fuit la thérapie comme elle avait peut-être fui le traumatisme et son pays saute aux yeux.

Les deux vignettes démontrent que la PTI est l'une des nombreuses interventions pour traiter les troubles post-traumatiques. Les deux patients voulaient un certain soulagement de leurs symptômes à l'aide de médication et des stratégies de réduction de l'excitabilité. En tant que formule structurée, la PTI s'est facilement intégrée au plan de traitement global des patients et elle convient bien à un modèle de pratique clinique. L'accent mis, dans la PTI, sur le pratique et le concret a semblé bien reçu par les deux patients, même en tentant compte des différences de culture et de genre.

On n'aborde pas dans cet article le recours à la PTI comme intervention unique pour le traitement du TSPT. Les données probantes appuyant la PTI comme traitement unique sont limitées, tout comme l'est l'expérience clinique. La plupart des cliniciens considèrent qu'il faut de multiples approches au problème complexe des troubles post-traumatiques, et, en général, les cliniciens reconnaissent la nécessité d'une diversité d'approches pour répondre à différents aspects des besoins cliniques du patient au fil du temps. Il se peut que certains patients ne cherchent qu'à aborder les conséquences interpersonnelles de l'événement traumatique ; dans ce cas, la PTI est une option valable. Cependant, la sagesse de l'expérience clinique indique que la PTI n'est qu'une des nombreuses interventions utiles pour traiter des personnes souffrant de troubles post-traumatiques.

Références

- AKISKAL, H., 2004, Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum, *Acta Psychiatrica Scandanavica*, 110, 401-407.
- ALLEN, S., BLOOM, S., 1994, Group and family treatment of post-traumatic stress disorder, *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 425-437.
- ANDREWS, G., HUNT, C., 1998, Treatments that work in anxiety disorders, *Medical Journal of Australia*, 168, 628-634.
- BASCO, M., GLICKMAN, M., WEATHERFORD, P., OTHER, P., 2000, Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders : Why and how it works, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 52-70.
- BLEIBERG, K., MARKOWITZ, J., 2005, A pilot study of Interpersonal Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 162, 181-183.
- BOURNE, P., 1972, The Vietnam veteran : Psychological casualties, *Psychiatry in Medicine*, 3, 23-27.
- BRESLAU, N., DAVIS, G., ANDRESKI, P., PETERSON, E., 1991, Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults, *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- DAVIDSON, A., MELLOR, D., 2001, The adjustment of children of Australian Vietnam veterans : Is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 345-351.
- EGENDORF, A., 1975, Vietnam veteran rap groups and themes of post-war life, *Journal of Social Issues*, 31, 111-124.
- HERMAN, J., 1992, *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.
- HOROWITZ, M., 1976, *Stress Response Syndromes*, Aronson, New York.
- HOROWITZ, M., SOLOMON, G., 1975, A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans, *Journal of Social Issues*, 31, 67-80.
- JANOFF-BULMAN, R., 1992, *Shattered Assumptions : Towards a New Psychology of Trauma*, Free Press, New York.
- KLEIN, R., SCHERMER, V., 2000, Introduction and overview : Creating a healing matrix, in Klein, R., Schermer, V., eds., *Group Psychotherapy for Psychological Trauma*, Guilford Press, New York, 3-46.
- KLERMAN, G., WEISSMAN, M., ROUNSAVILLE, B., CHEVRON, E., 1984, *Interpersonal Psychotherapy for Depression*, Basic Books, New York.

- KOLLAR, P., MARMAR, C., KANAS, N., 1992, Psychodynamic group treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans, *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 225-246.
- KRUPNICK, J., 2001, Interpersonal psychotherapy groups for low income women with PTSD following relationship trauma, *Directions in Psychiatry*, 20, 237-253.
- LEWIS, G., APPLEBY, L., 1988, Personality disorder: the patients psychiatrist dislike, *British Journal of Psychiatry*, 153, 44-49.
- MACKENZIE, K., GRABOVAC, A., 2001, Interpersonal Therapy Group (IPT-G) for depression, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 46-51.
- MACLEOD, A., 1994, The reactivation of post-traumatic stress disorder in later life, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 625-634.
- MARKOWITZ, J., 2006, Adaptations of Interpersonal Psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36, 559-563.
- MAYOU, R., BRYANT, B., EHLERS, A., 2001, Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident, *American Journal of Psychiatry*, 158, 1231-1238.
- McFARLANE, A., BOOKLESS, C., 2001, The effect of PTSD on interpersonal relationships: Issues for emergency service workers, *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 261-267.
- McFARLANE, A., YEHUDA, R., 2000, Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: Conceptual challenges raised by recent research, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 940-953.
- McFARLANE, A., YEHUDA, R., 2000, Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: Conceptual challenges raised by recent research, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 940-953. p950
- MICHULTKA, D., BLANCHARD, E., KALOUS, T., 1998, Responses to civilian war experiences: Predictors of psychological functioning and coping, *Journal of Traumatic Stress*, 11, 571-575.
- ROBERTSON, M., RUSHTON, P., BARTRIM, D., MOORE, E., MORRIS, P., 2007, An open trial of group based interpersonal psychotherapy (IPT-G) for PTSD, *Australian Psychiatry*, 15, 375-379.
- ROBERTSON, M., RUSHTON, P., BARTRIM, D., RAY, R., 2004, Group-based interpersonal psychotherapy for post traumatic stress disorder: Theoretical and clinical aspects, *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 145-175.

- SCATURO, D., HAYMAN, P., 1992, The impact of combat trauma across the family life cycle : Clinical considerations, *Journal of Traumatic Stress*, 5, 273-288.
- SCURFIELD, R., 1985, Post trauma stress assessment and treatment : Overview and formulations, in Figley, C., ed., *Trauma and its Wake*, Brunner Mazel, New York.
- SHALEV, A., BONNE, O., ETH, S., 1996, Treatment of posttraumatic stress disorder : A review, *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
- SOLOMON, S., JOHNSON, D., 2002, Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder : A practice-friendly review of outcome research, *Journal of Clinical Psychology*, 58, 947-959.
- STEIN, D., IPSEY, J., SEEDAT, S.C.R., 2006, Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD), *The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 1. Art. No. : CD002795*, DOI: 10.1002/14651858.CD14002795.
- STUART, S., 2006, Interpersonal Psychotherapy : A Guide to the Basics, *Psychiatric Annals*, 36, 542-550.
- STUART, S., ROBERTSON, M., 2003, *Interpersonal Psychotherapy — A Clinician's Guide*, Arnold, London.
- STUART, S., ROBERTSON, M., O'HARA, M., 2006, The future of Interpersonal Psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36, 578-588.
- VAN DER KOLK, B., MCFARLANE, A., VAN DER HART, O., 1989, A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder, in van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisath, L., eds., *Traumatic Stress*, Guilford Press, New York.
- VAN ETEN, M., TAYLOR, S., 1998, Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder : A meta-analysis, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 144-154.
- WILFLEY, D., FRANK, M., WELCH, R., SPURRELL, E., ROUNSAVILLE, B., 1988, Adapting interpersonal psychotherapy to a group format (IPT-G) for binge eating disorder : toward a model for adapting empirically supported treatments, *Psychotherapy Research*, 8, 379-391.
- WILFLEY, D., MACKENZIE, K., WELCH, R., AYRES, V., WEISSMAN, M., 2000, *Interpersonal Psychotherapy for Groups*, Basic Books, New York.
- ZISOOK, S., SHUCHTER, S., 1998, PTSD following bereavement, *Annals of Clinical Psychiatry*, 10, 157-163.

ABSTRACT

Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Post Traumatic Stress Disorder

Amongst the many modifications and applications of Interpersonal Psychotherapy (IPT), its utilisation in the treatment of psychological trauma is amongst the most complex. Psychological trauma is usually defined as Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in the Anglo-American literature. Despite the focus of the scientific literature on PTSD, psychological trauma engenders profound disturbances of mood, affect regulation, self-concept, interpersonal adjustment and a profound existential crisis in the lives of those afflicted. In the light of this, no one psychological therapy is positioned to 'treat' all aspects of psychological traumatic stress. Through its focus upon the individual and his or her experience of their interpersonal world, IPT provides scope for a psychological intervention which, whilst aiming at relief of distress, approaches issues not usually addressed in symptom focussed treatments. In this paper, I will attempt to outline the rationale for the use of IPT in psychological trauma and PTSD and then provide some evidence of its utility in the clinical setting.

RESUMEN

La psicoterapia interpersonal (PTI) en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TSPT)

Entre las numerosas modificaciones aportadas a la psicoterapia interpersonal (PTI), y de todas sus aplicaciones, su utilización en el tratamiento del traumatismo psicológico resulta ser lo más complejo. La literatura angloamericana define habitualmente el traumatismo psicológico como el trastorno de estrés postraumático (TSPT). A pesar de la atención dedicada al TSPT por la literatura científica, el traumatismo psicológico engendra perturbaciones profundas del humor, de la regulación del afecto, del concepto de sí mismo y del ajuste interpersonal, así como una profunda crisis existencial en la vida de las personas que lo padecen. Ninguna terapia psicológica puede por tanto pretender "tratar" todos los aspectos de un estrés psicológico traumático. Al estar centrada en el individuo y en la experiencia de su mundo interpersonal, la PTI ofrece un marco suficientemente amplio para una intervención psicológica que, aunque destinada a aliviar la angustia, aborda las cuestiones que no son abordadas habitualmente en otros tratamientos centrados en los síntomas. En este artículo, el autor intenta poner en evidencia los argumentos en favor del recurso a la PTI para el

tratamiento de traumatismos psicológicos y de TSPT. Además presenta algunos ejemplos de su utilidad en un ambiente clínico.

RESUMO

A psicoterapia interpessoal (TIP) para o tratamento do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)

Entre as inúmeras modificações aplicadas na psicoterapia interpessoal (TIP), e de todas as suas aplicações, é a sua utilização no tratamento do traumatismo psicológico a mais complexa. A literatura anglo-americana define normalmente o traumatismo psicológico como sendo o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Apesar da atenção dada ao TEPT pela literatura científica, o transtorno psicológico leva a perturbações profundas do humor, da regulação do afeto, do conceito de si e do ajuste interpessoal, assim como uma profunda crise existencial na vida das pessoas que sofrem deste transtorno. Nenhuma terapia psicológica pode, então, pretender ‘tratar’ todos os aspectos de um estresse psicológico traumático. Estando baseada no indivíduo e na experiência de seu mundo interpessoal, a TIP oferece um quadro relativamente amplo para uma intervenção psicológica que, apesar de ser destinada a aliviar a depressão, aborda questões que não são normalmente abordadas em outros tratamentos baseados nos sintomas. Neste artigo, o autor tenta evidenciar os argumentos a favor do recurso à TIP para o tratamento de traumatismos psicológicos e de TEPT; e em seguida, ele apresenta alguns exemplos de sua utilidade em um ambiente clínico.